

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

113

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(*Diplôme d'État*)

par

Adolphe SCHMITT

né le 3 avril 1908 à Forbach (Moselle)

Le Contrôle Médical des Sportifs
Son État actuel en France

Président: M. L. TANON, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

• FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(*Diplôme d'État*)

par

Adolphe SCHMITT

né le 3 avril 1908 à Forbach (Moselle)

**Le Contrôle Médical des Sportifs
Son État actuel en France**

Président: M. L. TANON, Professeur.

PARIS

JACQUES HAUMONT

48, rue Boissonade

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DÉBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	{ CUNEO.
	{ GOSSET.
Clinique chirurgicale	{ GREGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ JEANNIN.
	{ LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUDRY.
Assistance Médico-sociale	
Professeurs sans chaire	{ HOVELACQUE.
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT- Pathologie chirurgicale.

DUTAILLIS

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIERS Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROcq	
BRULE		CADENAT	Clinique chirurgicale.
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL-			
LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEROUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

*Je leur dois tout. Je n'ai pas
à leur offrir ce travail, il est
à eux. Faible témoignage de
tendresse filiale et d'inalté-
rable affection.*

A MA FEMME

*Gage de mon profond amour
et de mon éternelle reconnais-
sance.*

A MON FILS

A MES FRÈRES, A MES SŒURS

*Témoignage de profonde af-
fection.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRÈRES

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène

Professeur de Médecine coloniale,

Conseiller technique du Ministère de la Santé Publique,

Inspecteur général des Services techniques

à la Préfecture de Police,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur,

*qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider
cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE JOANNON

*qui nous a inspiré ce travail.
Qu'il veuille recevoir ici l'ex-
pression de nos remerciements
et de notre profond respect.*

A MES MAITRES DES FACULTES DE MEDECINE
DE STRASBOURG ET DE PARIS

A MONSIEUR LE CAPITAIN G. ROUX

Chef du service des sports au Ministère
de l'Éducation Nationale,
Officier de la Légion d'Honneur,

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGUIN

Chef du service de la documentation
au ministère de la Santé Publique,
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR MARCEL BOSSOUTROT

Du service des Sports au Ministère
de l'Éducation Nationale
Médaille d'or de l'Éducation Physique

*qu'ils reçoivent l'expression de
nos remerciements.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR AHREINER

Chirurgien
« Médecin Fédéral »

*qui a guidé nos premiers pas
dans la carrière médicale.*

« Les questions sportives n'ont point eu jusqu'ici un attrait particulier pour le corps médical. Celui-ci, en effet, possède, profession mise à part, des obligations multiples et des possibilités de trouver en des dérivatifs plus précis, son violon d'Ingres.

« Cependant, le sport a présentement conquis le droit de cité et la médecine devra tôt ou tard connaître cette importante question ».

Qui a écrit ces lignes ? Et quand furent-elles écrites ? En 1924, il y a donc quinze ans à peine, par le regretté Dr Marc Bellin du Coteau, un des plus convaincus partisans et protagonistes du contrôle médical des sportifs.

Quinze ans ! Que de chemin parcouru et combien paraissent loin les efforts isolés tentés par quelques médecins sportifs dès la fin de la grande guerre, pour établir le rôle important du médecin dans l'éducation physique et les sports. Nous aurons l'occasion de citer, au cours de notre travail, les noms de ces pionniers de la première heure, pour parler de l'importance prise depuis cette époque par le sport en général et la médecine dans le contrôle et la surveillance de ses pratiquants.

Nous ne devrions pas avoir à revenir sur l'utilité de l'éducation physique et du sport et cependant l'on ne dira jamais trop leurs bienfaits. D'autre part, les circonstances donnent à cette question un regain d'actualité : nous voulons faire allusion à l'essor du mouvement sportif dans certains pays européens depuis quelques années, l'importance qu'on lui accorde ainsi que les résultats que l'on y pense en retirer. L'Amérique et l'Angleterre leur ont fourni le fruit de leur expérience dans ce domaine, en leur montrant la possibilité de régénération d'une race par le sport.

L'Amérique avec ses Universités, a été un champ d'expérience remarquable et le docteur Clelia Mosher a pu prouver, que non seulement la santé des universitaires américains s'était nettement améliorée, mais qu'encore leur taille moyenne s'était accrue de 10 (dix) centimètres entre 1896 et 1920.

L'Angleterre nous montre mieux encore cette transformation de l'individu grâce au sport, qui en un siècle a vu son type classique passer du « bourgeois empâté, mal bâti et ventru », tel que le représentaient les gravures et les tableaux du XVIII^e siècle, à l'homme mince, grand, svelte, en parfait équilibre physique, tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Et dans les deux pays, les statistiques nous prouvent que les individus ayant pratiqué activement mais raisonnablement le sport dans leur jeunesse, ont vu la durée moyenne de leur vie augmentée de cinq ans.

Mais l'utilité de l'éducation physique et du sport peut encore être démontrée par l'énoncé de toutes les

affections ou cas pathologiques qu'ils sont susceptibles d'améliorer, et dont nous parlerons un peu plus loin. Rappelons aussi les quelques vérités premières que tout le monde devrait connaître sur la façon dont le sport peut donner à l'organisme un équilibre physique harmonieux et une résistance à la maladie et à tous processus d'infection par une oxygénation accrue du sang et des tissus, conséquence d'une respiration activée par les mouvements.

Et n'est-ce pas aussi étayer cette augmentation en faveur de l'éducation physique et des sports, que de pouvoir dire que leur utilité est actuellement reconnue non seulement par d'éminents spécialistes, tels que le professeur Louis Merklen, les docteurs Chailley-Bert, Collet, Mathieu, mais aussi par la Faculté, Académie de Médecine en tête, ainsi que par une grande partie du corps médical français.

Quant à prouver l'utilité du contrôle médico-sportif, c'est certes enfoncer une porte ouverte. Nous ne noterons donc que pour mémoire que ce contrôle est prôné par le corps médical, par de nombreux professeurs et médecins membres de la Fédération Internationale du Contrôle médico-sportif, parmi lesquels nos compatriotes le recteur de l'Université de Paris, Roussy, les professeurs Carnot (Paris), Latarjet (Lyon), Laubry (Paris), Tanon (Paris) ; les docteurs J. Renault (Paris), Lesné (Paris), Collet, Chailley-Bert, Rocher-Méry et beaucoup d'autres encore.

Prôné encore par les ministères compétents, par toutes les Fédérations sportives de France ainsi que

par leurs clubs, et parmi ces derniers, même par ceux qui en leur sein et pour une raison quelconque n'ont pas encore réalisé le contrôle médical. Et pourquoi cette faveur du contrôle médical dans les sociétés sportives et les fédérations ? Parce qu'elles voient venir à elles, une jeunesse ardente et enthousiaste, demandant à « faire du sport » à tout prix, recherchant souvent les sports rudes parce que passionnants. Et cette jeunesse, à laquelle il est parfois difficile de conseiller la pratique de l'éducation physique avant toute compétition, les dirigeants sont heureux, avec l'aide du médecin, de pouvoir l'orienter vers telle ou telle spécialité, la réfréner un peu dans cet enthousiasme si beau mais souvent cause de catastrophes, avoir sur elle une emprise et une autorité que le jeune sportif accepte parce qu'il la sait compétente et désintéressée. Et finalement, parce que le contrôle médical dégage grandement leur responsabilité, les mettant, ce pourquoi personne ne saurait les blâmer, à l'abri d'une foule d'ennuis et d'inconvénients vis-à-vis des parents et souvent même des pouvoirs publics.

Très important est donc le rôle que peut et doit jouer le médecin au sein d'une collectivité sportive, où bien des fois seuls ses conseils seront suivis, seuls ses avis écoutés. Puisse-t-il s'inspirer de toutes ses possibilités et, en faisant éviter à la jeunesse les écueils que sont pour elle les exagérations de toutes sortes, lui montrer tous les bienfaits du sport raisonnablement pratiqué, parce que médicalement surveillé.

PREMIERE PARTIE

Revenons maintenant sur un point à peine effleuré dans le chapitre précédent : les nombreuses affections et cas pathologiques susceptibles d'être améliorés par des pratiques sportives nettement déterminées. Parlois de ce rôle du médecin, que beaucoup parmi eux ignorent, soit parce que le sport ne les intéresse pas, (asportifs), soit parce qu'ils lui sont hostiles (antisportifs), soit surtout parce qu'ils ignorent toutes les possibilités que mettent à leur service la culture physique et la gymnastique éducatives, dans le traitement de nombreuses affections et cas pathologiques.

Mais dans quels cas la culture physique ou le sport sont-ils opérants ? Nous allons essayer d'en énumérer les principaux, les plus fréquents ; non sans rappeler que l'acquisition, pour un plus grand nombre de médecins, du diplôme « d'hygiène scolaire et de médecine appliquée à l'éducation physique », institué depuis plusieurs années à la Faculté de Médecine de Paris, nous éviterait ce travail. Ce diplôme de trois mois, passé sous la direction de M. le professeur Tanon (six semaines de cours et de travaux pratiques à la Faculté de Médecine,

six semaines de conférences et de démonstrations pratiques à l'Institut National d'Education physique dirigé par le docteur Chailley-Bert¹⁾ donne à ceux qui l'ont acquis les connaissances leur permettant l'exercice de la médecine appliquée à l'éducation physique et au sport, donc de réaliser en de bonnes conditions, le contrôle médico-sportif.

L'éducation physique que nous appellerons « médicale » sera d'un grand secours dans le traitement :

1) *Chez l'enfant :*

De l'insuffisance du développement corporel général.

De l'insuffisance de développement et de l'atrophie de certains muscles.

De l'insuffisance de développement de la cage thoracique ainsi que de l'insuffisance respiratoire.

Des déviations de la colonne vertébrale (scoliose, cyphose, lordose).

Le docteur Jacques Martinie-Dubousquet cite encore la raideur musculaire décrite par Mme Nageotte-Wilbouchewitz et due à l'état anormal des muscles trop courts par rapport aux leviers osseux, affection relativement fréquente chez les enfants issus de parents aisés et sédentaires.

Les états d'asthme légers.

Le syndrome complet ou incomplet de la débilité motrice de Dupré.

2) *Chez la femme :*

De la constipation.

Des défauts de sangle abdominale, avec ses troubles consécutifs : ptose, déviations utérines.

De toutes insuffisances musculaires ou respiratoires. De l'embonpoint et de l'obésité.

3) *Chez l'adulte :*

On traitera, d'après le docteur Jacques Marinie-Dubousquet :

Les embonpoints légers, les obésités considérables (ces dernières après avoir institué diète et décubitus).

Certaines maigreurs excessives qui répondent au rôle assimilateur de l'exercice modéré.

Quelques diabétiques et surtout les diabétiques florides, chez lesquels Trousseau avait vu, pendant la période des chasses, baisser la glycosurie.

Certains « restrictifs » léthargiques de Lœper qui bénéficient plus du mouvement et des exercices appropriés que des ceintures antiptosiques.

Certains migraineux.

Certains cardiaques à lésions artificielles non fébriles, peu évolutives, bien compensées, par exemple rétrécissement mitral d'allure plus constitutionnelle que pathologique.

L'on pourra joindre tous les états déficients, résultats d'affections non traitées pendant l'enfance.

Et le vieillard même profitera des exercices corporels pour éviter « l'enrouillement » de ses organes et de ses articulations et par là même surpassera les souffrances qui rendent certaines vieillesse si pénibles.

Ceci pour la culture physique.

Le sport, cette culture physique perfectionnée, mais que rarement l'on empêchera d'évoluer vers la compétition, sera pratiqué raisonnablement et toujours après un entraînement préalable et intensif. Ainsi conçu, il complètera les résultats obtenus par la culture physique dans les cas cités plus haut, sera une leçon d'énergie et de discipline, donnera aux pratiquants, avec la santé et l'endurance physiques, l'équilibre corporel et la confiance en soi, autant de qualités nécessaires et utiles de nos jours dans le dur combat de la vie.

Mais nous ne serions complets si nous ne mentionnions pas ici les affections pathologiques entraînant la déficence de pratiquer le sport, ainsi que celles qui n'excluent pas cette pratique sous la surveillance d'un médecin. Et nous nous permettrons de publier le tableau, qu'à cet effet a rédigé la « Société Médicale Belge d'Education Physique et des Sports », dans un petit fascicule réservé aux docteurs en médecine et intitulé : « Contrôle médico-sportif ; vade mecum du praticien ».

Affections pathologiques
entraînant l'inaptitude aux
sports de compétition

Affections pathologiques
n'excluant pas nécessaire-
ment la pratique de la
gymnastique éducative ou
celle des sports sous sur-
veillance médicale.

AFFECTIONS DES ORGANES RESPIRATOIRES

Crises d'asthme, emphy-
sème pulmonaire, lésions
évidentes ou suspectes de

Difformités ou affections
chroniques du nez et du
naso-pharynx gênant la

tuberculose pulmonaire évolutive.

respiration nasale; convalescences d'affections aiguës (bronchite, pneumonie, pleurésie, sinusite, etc.); affections chroniques des voies respiratoires, dilatation des bronches, sclérose pulmonaire, rigidité thoracique ou ampliation thoracique insuffisantes. Tuberculose fibreuse.

AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS

Hernies caractérisées, ulcérations du tube digestif, appendicite chronique, affections aiguës de la vésicule, lithiase.

Dyspepsies chroniques, ptoses viscérales, troubles fonctionnels du foie.

AFFECTION DES ORGANES CIRCULATOIRES

Toute manifestation inflammatoire de cardiopathie au début ou en cours d'évolution ; insuffisance myocardique, varices volumineuses, hypertension artérielle marquée.

Troubles fonctionnels du cœur, cardiopathies stabilisées et compensées.

Hypotension.

AFFECTION DES ORGANES GÉNITAUX

Lésions tuberculeuses du testicule ou de l'épididyme; hydrocèle volumineuse, ectopie testiculaire fixée au devant du pubis.

Affections ou lésions bénignes du testicule, du cordon, du scrotum et de la prostate.

Chez la femme : affections inflammatoires de l'utérus et des annexes, grossesse, allaitement.

Prolapsus utérin.

AFFECTIONS DES ORGANES URINAIRES

Néphrites tuberculeuses, lithiasé rénale, suppuration des reins.

Albuminurie, urémie légèrè.

AFFECTIONS DU SQUELETTE ET DES MUSCLES

Toute affection grave et incurable des os et des articulations, pied bot.

Myosite évolutive. Eventration.

Déformation de la colonne vertébrale et des os, convalescence de rhumatisme articulaire aigu, manifestation permanente de rhumatisme chronique, crampes musculaires récidivantes, pieds plats, atrophie musculaire d'un membre.

AFFECTIONS CONSTITUTIONNELLES

Hémophilie, diabète grave, leucémie, lymphadénites, cachexie.

Convalescence de maladies infectieuses, obésité, hypotrophie musculaire ou débilité constitutionnelle ; taille, poids et périmètre thoracique insuffisants, rachitisme.

MALADIES DE LA PEAU

Affections contagieuses, lésions spécifiques de la peau et des muqueuses.

Affections cutanées rebelles et récidivantes (ichtyose, psoriasis étendu, eczéma chronique).

Cicatrices gênant le mouvement.

Cicatrices opératoires vicieuses de l'abdomen.

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

Epilepsie, chorée, tétanie, paralysies, affections mentales.

Séquelle de méningite et d'encéphalite, névralgies récidivantes, névrose.

AFFECTIONS NEURO-ENDOCRINIENNES

Troubles graves du système nerveux végétatif ou endocrinien, en particulier de la thyroïde.

Troubles fonctionnels frustes.

ORGANES DES SENS

Otites aiguës, suppurations de l'oreille; myopie forte.

Otite moyenne chronique.

Fort diminution de l'acuité visuelle.

Remarque. — Il est à recommander d'interdire temporairement la pratique du sport à tout sujet en puissance d'affection fébrile et infectieuse : par exemple : coryza, bronchite, grippe, angine, rhumatisme, amygdalite, etc...

ORGANISATION DU CONTROLE MEDICO-SPORTIF

Beaucoup de choses ont été écrites sur cette organisation et la façon dont il faudrait la réaliser. Pour notre part, nous avons adopté le chapitrage suivant :

1) Contrôle médical scolaire et de l'Education physique.

2) Contrôle médical présportif, c'est-à-dire à l'entrée dans le club.

3) Contrôle médical sportif, c'est-à-dire dans le club et pendant toute la durée de la vie sportive.

L'on comprendra aisément que nous parlerons ici du contrôle médical chez les jeunes comme chez les adultes.

1) *Contrôle médical scolaire et de l'Education physique.*

Nous avons établi cette classification parce que nous sommes d'avis que, si un jour l'éducation physique doit être mise sous surveillance médicale, ce n'est qu'à l'école et dans les lycées que cela pourra se faire. Et combien nous voudrions que ce projet prenne corps rapidement ! Car en faveur de cette surveillance médicale dans l'éducation physique, nous ne donnerons que deux arguments :

a) Le grand nombre de jeunes qui pratiquent la culture physique et non le sport, et qui, si le contrôle médical ne devenait obligatoire que pour les sportifs, ne seraient jamais touchés.

b) L'âge de la culture physique, c'est-à-dire le tout jeune âge, est celui pendant lequel le médecin peut le plus pour l'individu par ses conseils, sa thérapeutique.

Quant au contrôle médico-sportif des scolaires, il est une nécessité, si l'on envisage les facilités relatives de son organisation et son utilité. Car nul n'a autant besoin de surveillance médicale que le jeune élève, si empressé à ajouter à son déjà célèbre surmenage intellectuel, celui plus nouveau de ses forces physiques.

Aussi, depuis trois ou quatre ans, le problème du contrôle médico-sportif à l'école a-t-il été envisagé et étudié par certains médecins spécialisés, parmi lesquels les docteurs Collet et Chailley-Bert. Il y a dix-huit mois, s'est créé l'Office du Sport scolaire et universitaire, destiné, au point de vue administration et propagande, à diriger les sports dans les établissements d'enseignement, la question technique et sportive étant réglée d'accord entre les diverses fédérations et cet office.

Sa commission médicale tend à rendre le contrôle médical obligatoire dans les établissements d'enseignement et les universités, en exigeant avant tout du jeune sportif une fiche de renseignements médicaux, établie par le médecin de famille.

Disons à ce propos toute l'importance que nous attachons à la collaboration du médecin sportif et du médecin de famille. Entre les deux, nulle rivalité, nulle

recherche de prérogatives, mais une collaboration confraternelle et étroite. Car tous deux se complètent lorsqu'ils s'en tiennent chacun à leur rôle, pour le premier de conseiller sportif, pour le second de médecin de famille tout court et de thérapeute des jeunes gens nécessitant d'un traitement médical suivi.

Actuellement, et en attendant mieux, le contrôle médico-sportif est obligatoire pour tous les jeunes scolaires participant à un championnat, à partir des 1/4 de finale et dans toutes les spécialités sportives : foot-ball, rugby, escrime ou basket-ball.

2) Contrôle médical présportif.

Nous avons dit plus haut qu'il s'agissait ici du contrôle médical pratiqué au moment de l'entrée du jeune homme dans une société sportive et l'on voit que par conséquent il se ramenait à un seul examen très approfondi, le plus sérieux certes qu'aura jamais subi l'athlète en tant que pratiquant sportif, s'il n'a déjà passé auparavant un contrôle médical scolaire. Ce dernier sera, évidemment, de toute utilité chaque fois que son dossier pourra être mis à la disposition du médecin, ou mieux encore si le même médecin a pu procéder aux deux contrôles.

Ce contrôle médical présportif, à rattacher au contrôle médical sportif duquel nous ne l'avons séparé ici que pour mieux en montrer l'importance, comportera obligatoirement des examens qui, plus tard, ne seront plus que facultatifs : épreuve cardiaque, prise de la tension artérielle, examen de la perméabilité nasale, examen des urines. C'est à ce moment aussi que le sujet

sera radioscopé ou radiographié si le praticien le juge nécessaire.

3° *Contrôle médical sportif.*

Il est le contrôle médical proprement dit, celui dont on parle dans les clubs et les fédérations; mais il est aussi celui qu'on voudrait surtout imposer aux jeunes, en en dispensant pratiquement les adultes, et ce, pour des raisons que nous ne pouvons admettre. Car, quoi qu'on dise, le « senior » a, autant que le « junior », besoin d'une surveillance médicale; d'accord que les jeunes doivent être vus de près, guidés, canalisés dans telle ou telle section, conseillés médicalement dans de nombreux cas; mais une fois reconnus aptes à la pratique d'un sport déterminé, une fois à leur poste, ils ne se trouveront pas, dans la plupart des cas, handicapés par les diverses influences qui, de nos jours surtout, agissent sur l'adulte, nous voulons parler de cette harassante lutte pour l'existence, des soucis, du dur labeur qui est celui de nombreux pratiquants seniors, mineurs ou terrassiers, bouchers, boulangers ou serruriers, employés de bureau ou intellectuels. Sans parler des intoxications ou fatigues supplémentaires que constituent pour nombre d'entre eux le tabac, les sorties du soir, voire le mariage, et auxquelles sont généralement soustraits les jeunes.

Et voilà pour quelles raisons nous sommes d'avis que ce serait faire œuvre incomplète que de chercher à rendre le contrôle médical obligatoire pour les jeunes et non pour les adultes, si cette obligation pour les jeunes n'était considérée par les fédérations comme le premier

pas dans la voie de la généralisation. Et voilà pourquoi aussi nous parlerons d'abord du contrôle médical chez les minimes et les juniors, auxquels dans certaines fédérations on a ajouté les « pupilles » ; les minimes sont parfois appelés cadets, comme par la Fédération française d'athlétisme.

En moyenne, l'âge des pupilles est de 12 à 14 ans, des minimes, de 14 à 16 ans, des juniors, de 16 à 18 ans, des seniors, de 18 ans et au-dessus.

(Nous croyons savoir que la Fédération française de Football Association est la seule à autoriser la compétition des pupilles.)

De 12 à 18 ans, le jeune homme se trouve dans une période de formation organique durant laquelle il a surtout besoin de culture physique et de gymnastique éducative, pendant laquelle la compétition peut lui être permise après un examen médical sérieux, et dans une mesure raisonnable. Inutile d'ajouter que le médecin tiendra compte surtout de l'âge physiologique des sujets qui lui seront présentés.

Chez l'adulte, le contrôle médical sera évidemment éclairé par les examens qu'il aura pu subir comme minime ou comme junior. Il sera surtout utile après les maladies ou interruptions de toutes sortes qui auront tenu le joueur loin du stade pendant plus ou moins longtemps. Il sera plus indiqué chez l'amateur que chez le professionnel, car ce dernier fait partie, à certaines exceptions près, d'une élite physique dont la sélection se fait longuement et naturellement et qui est soumis à des séances d'entraînement obligatoires. Qu'il nous soit

permis cependant d'ouvrir une parenthèse pour parler du sport professionnel dans lequel le contrôle médical trouve particulièrement son utilité, la boxe où, de temps en temps, et ceci pour des raisons le plus souvent financières (on ne peut ou ne veut remettre un combat à une date ultérieure, on ne veut laisser échapper une « bourse ») des athlètes montent sur le ring en mauvais état physique et souvent avec des yeux qui auraient un besoin plus urgent du traitement de l'oculiste que de celui qu'on va leur faire subir. Et ainsi, ne se renouveleraient plus des accidents comme ceux dont, dernièrement, la grande presse a parlés, à la suite desquels de magnifiques athlètes sont devenus aveugles, donc infirmes.

TECHNIQUE DU CONTROLE MEDICO-SPORTIF

Etablir la technique du contrôle médico-sportif c'est-à-dire la façon pratique pour le médecin et ses collaborateurs de le réaliser, c'est parler avant tout de la fiche physiologique, car elle renferme, résumées, toutes les données de ce contrôle. Et en abordant l'étude, nous touchons à un des points les plus importants de notre exposé.

Il existe, de par la France, de nombreux modèles de fiches physiologiques. D'aucuns vieux en date, d'autres plus récents; mais nombre d'entre eux sont responsables du peu d'empressement montré par certaines sociétés sportives à organiser le contrôle médical, et ceci parce que ou trop compliqués, ou trop détaillés, c'est-à-dire peu pratiques et demandant trop de travail à ceux qui sont chargés de les tenir à jour, médecins et dirigeants. Car s'il ne peut être question de faire assurer par le premier tout le travail préalable à l'examen clinique : les mensurations, la pesée, la spirométrie, il ne faut pas non plus surcharger de besogne ses dévoués assistants, presque toujours bénévoles.

Ce qui nous amène à préconiser la réduction du contrôle médical à ce strict minimum, lui permettant de garder à la fois son utilité et son efficacité. Mais avant de soumettre un modèle de fiche, faisons-en l'historique.

Les premières, dont nous n'avons pu nous procurer un modèle, sont, croyons-nous, celles qu'a introduites la doctoresse Houdré dès 1919, au camp des petits réfugiés de Camiers. Ce camp, qui hébergeait 6.000 enfants, patronné par une œuvre américaine, la « Y.M.C.A. », dirigé par M. Capra, avait un service médical et sanitaire assuré par huit médecins et de nombreuses infirmières. Y était en fonction, d'autre part, le regretté entraîneur François, assisté de 15 moniteurs. La doctoresse Houdré était médecin détaché au camp et en assurait le contrôle médico-sportif à l'aide d'une fiche physiologique de sa composition.

Quelques années plus tard, nous retrouvons les fiches physiologiques des docteurs Merklen, Chailley-Bert, Bellin du Coteau et d'autres encore. Toutes ces fiches ont été revues et améliorées; on a essayé d'établir la fiche unique, officielle, celle de la Société Médicale d'Education Physique et de Sport, éditée par les soins de l'Institut d'Education Physique de l'Université de Paris. Bien conçue, cette fiche n'a pas été universellement admise, de nombreux médecins sportifs s'en tenant à des fiches de conception personnelle. La commission médicale de la Fédération Française de Foot-Ball Association s'en est cependant inspirée et, dès 1935, a mis à la disposition de ses clubs des fiches gratuites, en recommandant l'emploi et la vulgarisation.

A notre tour, et après avoir dit que nous le voulons le plus simple possible, parlons du modèle que nous préconisons; ce sera le modèle de deux fiches : l'une pour la partie physiologique, l'autre, pour la partie médicale.

La première portera, à la page 1, les nom, prénoms et âge du sujet, la 2^e et la 3^e page étant réservées aux mesures de la taille, du poids, du périmètre thoracique xyphoïdien (inspiration et expiration), du périmètre abdominal, de la spirométrie, du temps d'apnée et à l'épreuve de Martinet. A la 4^e page on inscrira les résultats des examens du squelette, du cœur, de la pression artérielle, de la radioscopie, ainsi que les conclusions.

La fiche médicale, secrète, et dont la garde sera confiée au médecin seul, aura, elle aussi une 1^{re} page signalétique, avec, en outre, les antécédents du sujet. Les 2^e et 3^e pages verront s'inscrire les résultats des examens de la bouche, de la dentition, des amygdales, des végétations, de la perméabilité nasale, de l'ouïe, de la vue; du squelette, du cœur, des poumons; de la paroi abdominale (hernies), des ganglions; de l'urine. La 4^e page sera réservée aux observations générales du médecin.

Voyons maintenant comment réaliser pratiquement ce contrôle médical, qui sera bi-annuel (début et fin de chaque saison sportive).

1^o Locaux nécessaires.

Laissant de côté les installations bien aménagées des grandes sociétés, disons le minimum de place nécessaire à la réalisation de ce contrôle.

1 pièce dans laquelle le médecin examinera les sujets.

1 pièce qui servira à la fois de vestiaire et dans laquelle se feront spirométrie, pesée et mensurations.

2° Appareillage nécessaire.

1 bascule, vérifiée.

1 toise, que l'on réalisera facilement en se servant d'un mur bien vertical et d'une équerre.

1 ruban métrique.

1 montre.

1 spiromètre : cet instrument, malheureusement assez cher, pourra être acheté par plusieurs sociétés réunies, ou même prêté par les ligues régionales.

3° Technique des mensurations et des épreuves.

Le médecin instruira ses collaborateurs et leur montrera comment peser, comment mesurer une taille, un périmètre thoracique xyphoïdien, un temps d'apnée, une capacité pulmonaire (spirométrie). Il surveillera lui-même de préférence l'épreuve cardiaque de Martinet que nous nous permettons de décrire rapidement.

« Le sujet est confortablement assis pendant quelques minutes; on compte le pouls jusqu'à ce que deux mesures donnent le même chiffre; il se lève et se tient debout, on pratique de la même façon la numération du pouls. Il exécute vingt flexions profondes des jambes, les mains devant chaque fois toucher le sol, un temps d'extension et un temps de flexion des jambes

par seconde. Après l'exercice le sujet se rassied. On prend et on note le pouls de minute en minute pendant cinq minutes.

« Il est bon de pratiquer cette épreuve à la même heure de la journée, à assez longue distance des repas, en prenant soin de faire exécuter ces exercices la veille de l'épreuve, afin d'éliminer toute hésitation dans l'exécution des mouvements.

« Il est indispensable de noter : l'aspect extérieur du sujet (traits tirés, pâleur, turgescence des veines), l'apparition d'une douleur angineuse, d'une polypnée intense prenant l'allure de dyspnée; par l'auscultation du cœur, on recherchera les modifications d'intensité des bruits, la présence de bruits surajoutés ou de souffles. L'apparition de ces signes après l'épreuve d'effort fait présumer une adaptation insuffisante de l'état cardio-pulmonaire du sujet à l'effort. »

(« Le Contrôle médico-sportif. Vade mécum du praticien. »)

N'ayant pas, chez certains athlètes, constaté les modifications cardiaques suffisantes après cette épreuve, le commandant médecin-chef du 5^e R. I., Mathieu, a pris l'habitude de remplacer les vingt flexions des jambes par la montée sur une chaise quarante fois répétée.

Inutile d'ajouter, que dans d'autres cas, dix flexions des jambes seront suffisantes pour permettre la bonne marche de l'épreuve de Martinet.

Le médecin seul interprétera les résultats donnés par les épreuves et mensurations précédentes : il se réservera le droit de convoquer à son cabinet, en vue d'un

examen plus approfondi, les sujets chez lesquels une telle mesure s'impose, ou à les adresser à leur médecin de famille, parfois même à un spécialiste ou radiologue.

Nous ne voudrions pas passer sous silence les conseils pratiques qui nous ont été donnés tant au sujet des épreuves et des mensurations à faire subir aux athlètes, que de l'établissement de la fiche physiologique par le Dr Mathieu et ses dévoués collaborateurs du journal *l'Intransigeant*, conseils fondés sur une expérience de vingt ans.

Ce praticien a constaté, en effet, que pour intéresser les athlètes au contrôle médical (que pour des raisons psychologiques il appelle contrôle physiologique), il fallait leur donner le culte de leur corps. Et pour ce, à part et en plus des épreuves et mensurations nécessaires au médecin, il fait noter par ses collaborateurs des mensurations moins indicatives et moins utiles, celles des bras, des avant-bras, des cuisses et des jambes, au repos et pendant la contraction. Les athlètes trouvent dans ces mesures des possibilités de comparaison, donc d'intérêt, et la curiosité de voir les progrès de leur musculature mesurés au ruban métrique, les fait se soumettre de bon gré, à d'autres examens bien plus utiles au médecin. Nous nous faisons un plaisir de publier ces quelques remarques d'autant plus volontiers, qu'il faudra peut-être un jour en tenir un compte utile, si les autres moyens de pression dont peuvent disposer les clubs et les fédérations pour introduire le contrôle médico-sportif obligatoire, devaient faire faillite.

DEUXIEME PARTIE

ETAT ACTUEL DU CONTROLE MEDICAL DES SPORTIFS EN FRANCE

Notre travail n'aurait été complet si, après avoir dit l'utilité du sport et, dans le sport, du contrôle médical, nous n'avions essayé de savoir où en était ce contrôle dont parlent certains médecins sportifs depuis bientôt vingt ans et qui, depuis a, certes, fait du chemin, mais auquel il en reste encore tant à parcourir.

Et, pour cela, nous ne pouvions mieux faire que d'approcher ceux qui, par leur situation à la tête des organisations sportives françaises, fédérations ou sociétés, étaient les plus qualifiés pour nous dire ce qu'ils pensaient de la surveillance médicale, comment elle était réalisée et les résultats qu'elle donnait.

C'est ainsi que nous nous sommes livré à une enquête dans de nombreuses fédérations et dans certains clubs de la région parisienne, nous contentant, en ce qui concerne les sociétés de province, des renseignements que des médecins et dirigeants mieux placés ont bien

voulu nous fournir. Ce petit travail, loin d'être complet, nous a cependant permis de nous faire une idée sur l'état actuel du contrôle médico-sportif en France.

Signalons, avant d'entreprendre cette étude, le bon accueil qui nous fut réservé partout où nous nous sommes adressé, dans le but de nous documenter : dans les services des ministères de la Santé publique, de l'Education nationale (Sports et Loisirs), auprès des dirigeants des fédérations et des sociétés sportives.

Dans les fédérations

A la Fédération Française de Football Association

Nous y avons été frappé par les efforts aussi patients, qu'intelligents et désintéressés de la commission médicale ayant à sa tête le professeur agrégé Louis Merklen, de la Faculté de Médecine de Nancy, dont on ne dira jamais assez le dévouement à la cause que nous soutenons ici.

La Fédération Française de Football Association est certainement celle qui, jusqu'à nos jours, a le plus fait pour le contrôle médico-sportif, et ce, en recrutant, dès 1933-34, à Paris et dans toutes les provinces où se joue le football, des médecins bénévoles : « les médecins fédéraux », dont la tâche est non seulement de soigner les accidents sportifs, mais aussi d'examiner et de guider tous les athlètes que les entraîneurs, ou à défaut, les dirigeants, leur adressent. Mais cette organisation déjà louable ne devait pas satisfaire la 3 F. A. qui, réalisant combien faible était le pourcentage des athlètes ainsi

examinés et combien grand le nombre de ceux qui passaient à travers les mailles de ce contrôle, prit, sur l'avis de sa commission médicale, la décision de rendre le contrôle médical obligatoire pour ses sections juniors, minimes et pupilles, à partir de la saison 1940-41. Ceci sera la première grande expérience tentée dans ce sens. Elle permettra à la 3 F. A., vu les deux ans qui séparent encore de sa mise en pratique, d'avertir ses clubs longtemps à l'avance, et à sa commission médicale d'en bien organiser la réalisation, puis d'en tirer toutes les conclusions.

Notre seul regret, en cette circonstance, sera de voir les seniors échapper, encore un long moment peut-être, à cette surveillance dont ils ont, nous croyons l'avoir démontré, le plus grand besoin. Souhaitons bonne réussite au projet de la 3 F. A., ne serait-ce que parce qu'il vaincra, nous l'espérons, les dernières résistances à ce qu'on appelle à tort « l'immixtion » du médecin *sportif* dans les choses sportives.

N.B. — Le docteur Merklen a publié à l'usage des médecins fédéraux, un petit fascicule contenant les conseils pratiques et les notions utiles pour le contrôle médico-physiologique des joueurs.

A la Fédération Française d'Athlétisme

Nous avons rencontré là encore, avec le meilleur accueil, l'assurance de toute la sympathie que cette Fédération porte au contrôle médico-sportif. Il est vrai qu'elle

se doit de l'apprécier plus que d'autres, à cause non seulement des conseils purement professionnels que le médecin est apte à donner, mais aussi à cause du grand rôle qu'il peut jouer dans l'étude des différents « types » athlétiques, et dans l'orientation des athlètes vers les différentes spécialités; enfin, à cause de la surveillance étroite qu'exige le dosage de l'effort dans les courses aux distances variables, vitesse, demi-fond, fond et grand fond. Saisissons l'occasion d'exprimer ici les réflexions que peuvent inspirer à un médecin l'arrivée d'une course de marathon ou une épreuve de cross, catégorie populaire.

Le marathon, même olympique, disputé pourtant par une sélection d'athlètes, met ses participants dans un état d'extrême fatigue cardiaque et de très forte dépression nerveuse. Que dire alors des courses du même genre lorsqu'elles sont disputées par tous ceux qui veulent bien se présenter au départ, donc souvent, osons le dire, par des sujets peu aptes à fournir, sans danger pour leur organisme, l'effort qui leur est demandé.

Il en est de même des nombreux cross populaires, dont nous ne nions pas l'utilité mais dont nous regrettons l'absence de surveillance autorisée; on y laisse prendre part, pour des distances pas bien longues peut-être, mais pour lesquelles cependant grand nombre d'athlètes ne sont pas préparés, des jeunes gens sans expérience sportive, et chez lesquels la louable intention va à l'encontre du but.

Nous ne publions ces quelques impressions non pour critiquer, mais pour montrer une fois encore le rôle

important qui reste à jouer au médecin sportif, et l'intérêt que trouveraient tous les athlètes à se soumettre à son contrôle.

Ne quittons pas la 2 F. A. sans signaler que sa Commission médicale a fait ajouter, aux coupons habituels des licences juniors et cadets, un coupon supplémentaire, réservé à l'examen médical, en en conseillant l'usage à ses Clubs et ceci, dès 1939. Il sera utile de noter les résultats de cette expérience.

A la Fédération Française de Rugby

A la Fédération Française de Rugby le contrôle médical n'est pas obligatoire, mais conseillé aux joueurs et aux clubs. Sans très grand succès, semble-t-il, car le rugbyman, pour des raisons qu'il ne nous appartient pas de rechercher, préfère le sport de compétition à l'éducation physique préalable et à la surveillance du médecin, voire à l'entraînement. Nous sommes heureux cependant de constater que l'importance du contrôle médical n'échappe pas aux dirigeants qui, ne pouvant le rendre obligatoire, verraient avec satisfaction le ministère compétent prendre cette décision.

Terminons en disant que la F. F. R. ne permet la pratique de son jeu, en compétition, qu'aux joueurs âgés de 16 ans au moins, et munis d'une autorisation des parents aussi longtemps qu'ils sont juniors.

A la Fédération Française d'Aviron

Elle régit un sport qui expose particulièrement ses pratiquants au surmenage cardiaque, s'ils ne sont surveillés de très près. Cette Fédération, favorable au contrôle médical, le conseille à ses sociétés et à tous ses adhérents. Nous connaissons ainsi une société parisienne qui, au début de chaque saison, fait examiner systématiquement tous ses rameurs au Centre de contrôle médico-sportif de l'*Intransigeant*, organisation sur laquelle nous aurons encore à revenir.

A la Fédération Française de Basket-Ball

Sous la conduite d'un dirigeant jeune et actif, ancien pratiquant, cette Fédération, jeune elle aussi, semble vouloir s'acheminer rapidement vers la réalisation du contrôle médical obligatoire. Comme premier pas dans cette voie, elle a exigé de tous ses joueurs un certificat médical, les disant aptes à la pratique de ce sport, certificat sans lequel aucune licence n'est délivrée. Ce n'est pas encore le contrôle médico-sportif tel que nous souhaiterions le voir réalisé, mais une preuve de l'utilité qu'on reconnaît au médecin dans la surveillance d'un sport particulièrement athlétique.

A la Fédération Française de Tennis

Ici, peu de place est réservée au contrôle médical chez les joueurs constituant la masse des pratiquants. Par contre, la Fédération s'occupe intensément de la surveillance médicale et physiologique de ses joueurs fanions, ainsi que d'un grand nombre d'espairs.

Pas de contrôle obligatoire, pas de commission médicale, (le Dr Collet est chargé de la surveillance des joueurs ci-dessus cités), mais à la décharge de cette Fédération, comme de celle d'Athlétisme, il faut noter que la plupart des joueurs provinciaux sont membres de clubs omni-sports et comme tels, peuvent être soumis au contrôle imposé aux pratiquants du sport auquel ils s'adonnent durant l'hiver.

Dans les sports féminins

Les sports féminins sont régis actuellement par l'« Union Nationale des Sportives », la « Fédération Française Féminine de Gymnastique et d'Education Physique », comme son nom l'indique, dirigeant surtout la gymnastique.

A l'Union Nationale des Sportives, la distinguée présidente, la doctoresse Houdré, a recommandé chaleureusement le contrôle médico-sportif aux sociétés et, sans qu'il soit rendu obligatoire, la plupart d'entre elles l'ont pratiquement réalisé et il fonctionne régulièrement pour un très grand nombre de sportives pratiquantes.

Le contrôle médical dans les Sociétés sportives

Au Racing-Club de Paris

C'est la société dans laquelle nous avons trouvé le contrôle médical le mieux organisé. Et pourtant on n'y soumet que les juniors et les minimes. Organisé par une commission médicale à la tête de laquelle se trouve le dévoué Dr Goyard, il est assuré, en des séances tri-hebdomadaires, pour tous les jeunes athlètes, deux fois par an. La partie physiologique du contrôle est assurée par deux dirigeants dévoués toujours les mêmes, qui sont l'aide la plus précieuse que puissent souhaiter les médecins bénévoles du Racing. A l'aide d'une fiche très simple, permettant de suivre l'athlète pendant une période s'étendant sur plus de sept ans, ces médecins parviennent à examiner deux fois l'an, quelques 1.700 jeunes, à les conseiller et les guider, à leur éviter surtout les accidents inhérents à une pratique sportive déraisonnée.

Le Dr Goyard a pu nous dire toute la satisfaction

que lui donnait ce travail et les bons résultats obtenus. Mais ceux-ci ne le sont parfois que grâce à une très grande sévérité : contrôle obligatoire, convocation individuelle avec proposition de deux dates au joueur. S'il ne se présente pas ou ne s'excuse, deuxième convocation avec proposition de deux dates, et rappel que, s'il ne se présente ou ne s'excuse pas, « des instructions seront données pour que l'accès des terrains et des salles du club lui soit interdit jusqu'à présentation à l'un des médecins de la section ».

Au C. A. Français

Commission médicale, ou plutôt un médecin sportif, jeune et actif, pratiquant fervent des sports, le Dr Ph. Encausse. Contrôle obligatoire pour les juniors et les cadets, c'est-à-dire pour tous les pratiquants de moins de 18 ans et pour les nouveaux.

Les protagonistes de ce mouvement, dans ce club jeune et bien intentionné, sont MM. Bossoutrot, G. Meyer et J. Keller. Le contrôle fonctionne aussi pour les adultes, que les entraîneurs croient devoir adresser au médecin, et à ce sujet, nous ne rappelons que pour mémoire le cas du champion de course à pied Roger Rochard.

A l'U. S. Métropolitaine

L'U. S. Métro est un club corporatif aux moyens rela-

tivement importants, et au sein duquel le contrôle médico-sportif est parfaitement organisé. Sous l'impulsion du président du Club, M. Vrolix, une Commission médicale parvient à assurer ce contrôle de façon obligatoire pour tous les enfants et les jeunes; pour les enfants avec examen de stomatologie et de radioscopie systématiques.

La section féminine et les adultes s'y soumettent en très grand nombre, et l'on pense arriver à le rendre obligatoire bientôt pour tous.

N.B. — Une organisation de contrôle médical semblable existe à l'Association Sportive des P. T. T.

En Province

Nous n'avons pas reçu toutes les réponses à nos demandes de renseignements sur la réalisation du contrôle médico-sportif dans les différentes régions de France. Nous avons pu apprendre cependant, qu'on lui accordait moins d'importance qu'à Paris, que son organisation régulière n'existait pour ainsi dire pas, à de rares exceptions près, comme à Nancy et à Grenoble.

Nous nous permettons de publier ici quelques extraits de la lettre que nous a adressée le Dr Maronneaud, de La Rochelle-Palice, président de la Commission médicale de la Fédération française de Natation :

« Dans notre région quelques essais sporadiques, sans vue d'ensemble, sans liaison, faits le plus souvent par des médecins non avertis des choses de l'éducation

physique. En un mot, très peu de chose, et ce peu de chose faisant croire que l'on fait quelque chose, alors qu'on ne fait rien ou presque rien.

« Au sein de la Fédération française de Natation, j'ai cherché à pousser les sociétés à organiser l'examen médical. Mais comme je sais combien rares sont les médecins sachant ce qu'est l'éducation physique, j'ai, avec la Commission médicale de cette fédération, établi un guide médical calqué sur celui de la 3 F. A. Qu'est-ce que cela va donner ? Je ne me fais pas grande illusion, si j'en juge par ce qu'a obtenu cette même 3 F. A. dans notre région. Il me fallait du temps pour mettre sur pied quelque chose de concret, et non pas des mots et des directives sur du papier. Pourquoi ce pessimisme ? Parce que les dirigeants n'en veulent pas, parce que cela les gêne; ou bien parce que cela leur coûte de l'argent; parce que les joueurs n'y tiennent pas, parce que cela les gêne eux aussi. Parce que les médecins donnent bien leur nom, mais la plupart peu intéressés par la question, ne veulent pas longtemps assurer un travail gratuit et dont souvent on n'a pas lieu de tenir compte. »

À l'Ecole de Joinville

Notre enquête nous a mené à l'Ecole supérieure d'Education physique de Joinville et nous y avons trouvé une organisation parfaite du contrôle médico-sportif. Elle est assurée par le médecin-chef du Centre, le médecin-commandant Chavialle qui, tirant profit du

matériel humain sans pareil que met à sa disposition l'Ecole, est parvenu à réaliser nombre d'expériences intéressantes qu'il a bien voulu nous communiquer et qu'il publiera prochainement.

Nous en avons cependant dégagé la nécessité, pour nombre d'athlètes, d'un examen cardiaque minutieux, et le danger plus grand qu'on ne croit habituellement, de jeter dans des compétitions sévères (courses de fond surtout) des athlètes insuffisamment préparés. Attendons avec intérêt la publication des travaux du Dr Chavialle, en insistant encore une fois sur l'importance qu'on accorde, à Joinville, aux épreuves cardiaques, qui sont bien, en effet, chez l'athlète adulte surtout, celles auxquelles il faille accorder la plus grande importance.

Service de Consultations Physiologiques de l'Intransigeant

Terminons cette partie de notre exposé en saluant une organisation qui nous a agréablement surpris et qui par la façon dont elle fonctionne, nous permet d'espérer en l'avenir du contrôle médico-sportif, en sa vulgarisation et en sa réalisation systématique prochaine. C'est du « Service de Consultations physiologiques de l'*Intransigeant* » que nous voulons parler.

Voilà une organisation de contrôle médico-sportif, fonctionnant sans grand bruit depuis vingt ans bientôt, en plein centre de Paris. Créée en 1921, sous les auspices du journal l'*Intransigeant*, par M. Weber, pour les en-

fants des colonies de vacances de l'*Intran* et du groupe sportif des écoles, elle vit rapidement affluer les athlètes adultes. Depuis 1926, sous la direction médicale du Dr Mathieu, actuellement médecin-commandant chef du 5^e R. I., avec toujours les mêmes collaborateurs dont surtout le dévoué et très compétent Elie Mercier, elle a réalisé jusqu'à nos jours, et avec des résultats très heureux le contrôle médico-sportif de plus de 15.000 athlètes.

M. Weber a bien voulu nous communiquer à ce sujet les indications suivantes :

En moyenne sont examinés, par séance, 15 à 20 athlètes.

Ces séances, hebdomadaires de 1921 à 1928, permettaient de voir ainsi, par an, en 38 à 40 séances, 600 à 650 athlètes.

Bi-hebdomadaires de 1928 à 19337 on y examinait, en 75 à 80 séances par an, une moyenne de 1.150 athlètes.

Malheureusement, depuis 1937 on est revenu aux séances hebdomadaires et, durant ces deux dernières années, ont été vus, en 40 séances par an 700 athlètes en moyenne. Et pourtant le nombre des sportifs désireux de se soumettre à ce contrôle grandit de jour en jour, et il leur faut parfois attendre plusieurs semaines avant de voir leur tour arriver.

Une seule ombre au tableau : la proportion impo-
sante d'athlètes ne se présentant à ce contrôle qu'une
seule fois ou deux, et qui ainsi sont trop peu suivis et
trop rapidement perdus de vue.

CONCLUSION

Arrivé au terme de notre travail, il nous est facile d'en tirer les conclusions si, jetant un coup d'œil en arrière, nous considérons d'une part la façon dont, en France, est conçu le contrôle médico-sportif et, d'autre part, ce qui pour le réaliser pratiquement a déjà été fait et reste encore à faire.

Le Contrôle médico-sportif est conçu de façon remarquable en France; nous voulons dire que la manière, dont les médecins sportifs compétents voient sa réalisation, est certes la meilleure qu'on puisse imaginer.

Quant à sa mise en pratique, nous avons pu nous rendre compte que, si à Paris dirigeants et athlètes se familiarisaient peu à peu avec la surveillance médicale, en province il restait encore beaucoup, sinon tout à faire. Nous ne pourrions mieux traduire notre pensée qu'en citant les conclusions contenues dans la lettre du Dr Maronneaud, lettre dont nous avons déjà parlé précédemment :

« Le contrôle médical existera le jour où :

« 1° Les Sociétés auront la possibilité de payer ces examens, et les payant, d'exiger un travail honnête.

« 2° Il y aura suffisamment de médecins sachant ce qu'est l'éducation physique, connaissant ses indications, ses contre-indications, ses possibilités.

« 3° L'obligation en sera imposée. »

Nous n'avons à ajouter à ces mots que le désir de voir se simplifier le travail des médecins sportifs et de leurs collaborateurs, condition que nous jugeons aussi essentielle que les trois précédentes, et que nous avons exposée déjà dans un des chapitres précédents.

Discutons cependant les quatre points ci-dessus, qui constituent autant de petits problèmes à résoudre, mais desquels aucun ne semble constituer un obstacle à la réalisation prochaine du contrôle médical pour tous les sportifs.

La solution du premier sera à rechercher et à trouver :

a) dans les budgets des clubs, en ne perdant pas de vue que les clubs aux petits budgets sont toujours ceux dont les athlètes à examiner seront les moins nombreux;

b) dans les subventions de l'Etat, que nous voudrions conséquentes;

c) dans le dévouement que de nombreux médecins portent à la cause sportive.

La solution du second problème, nous la voyons dans une propagande, surtout auprès des jeunes médecins, en faveur du « certificat de médecine appliquée à l'éducation physique et au sport ».

Celle du troisième, dans le concours du Ministère compétent, point sur lequel nous allons revenir.

Enfin, la solution du quatrième, dans l'introduction obligatoire d'une fiche unique, donc d'examens uniques, les plus simples possibles dans toutes les fédérations et dans tous les clubs.

Le contrôle médico-sportif sera-t-il prochainement rendu obligatoire ?

Nous osons le croire fermement et nous donnons immédiatement la raison de nos espoirs. Il existe, au Ministère de l'Education Nationale, une 2^e Commission du Conseil supérieur de l'Education physique et des Sports, dont les trois principales préoccupations sont précisément l'Education physique, le Contrôle médico-sportif et les Sports scolaires. Nous avons pu approcher cette commission, qui siège régulièrement, et en obtenir la promesse que, dans une de ses très prochaines sessions, elle s'occupera de l'élaboration, dans le sens qui nous intéresse, d'un projet à soumettre à l'assemblée plénière du Conseil supérieur de l'Education physique et des Sports qui à son tour, le soumettra pour discussion et approbation au Ministre compétent.

Exprimons le souhait, que la réalisation de ce vœu qui nous est cher ne tarde pas; que d'autre part, on entreprenne dès maintenant, en faveur du contrôle médico-sportif, la plus utile des propagandes, par la voie de la presse, de la radio même. Car nous croyons avoir démontré que l'enjeu en vaut la peine et que le contrôle médico-sportif, s'il veut un jour occuper la place qu'il mérite, a besoin de tous les secours et de toutes les aides.

Vu : Le Président de la Thèse,
L. TANON

Vu : Le Doyen,
TIFFENEAU

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

Dr MARC BELLIN DE COTEAU. — La Médecine et le Sport (*Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel*, 1924).

Dr CHAILLEY-BERT. — Pas de sport sans contrôle médical (*Je sais tout*, avril 1930).

Dr JACQUES MARTINIE-DUBONSPRET. — Action médicale et organisation sportive (*Revue de pathologie comparée et d'Hygiène générale*, Mai 1938).

Bulletin de l'Académie de Médecine. — Rapport sur le contrôle médical de l'E. P. (séance du 20 nov. 1934).

Le contrôle médico-sportif. - Vade-mecum du praticien. — Publication de la Soc. Médicale Belge de l'E. P. et des Sports (Septembre 1936).

